Ein Fall von Empyem.

Heilung durch Operation.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Professor

Dr. Ritter von Nussbaum

k. b. Generalstabsarzt à l. s. etc.

der

medicinischen Fakultät München

vorgelegt von

Dietrich Brinkmann,

pract. Arzte in Salzdeshelden Prov. Hannover.

München, 1882.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ein Fall von Empyem.

Heilung durch Operation.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium

des Herrn Professor

Dr. Ritter von Nussbaum

k. b. Generalstabsarzt à l. s. etc.

der

medicinischen Fakultät München

vorgelegt von

Dietrich Brinkmann,

pract. Arzte in Salzdeshelden Prov. Hannover.

München, 1882.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0139

Pleuritiſche Exſudate kommen im Vergleich zu anderen Krankheiten in der ärztlichen Praxis ziemlich häufig vor. Die gröſste Zahl derſelben iſt ſeröſer Natur, und findet auch bei geeigneter Behandlung gewöhnlich eine ſchnelle Reſorption des Exſudates ſtatt. Manchmal jedoch gelingt es nicht trotz aller Vorſichtsmaſsregeln eine Auffaugung des Exſudates zu bewirken, im Gegentheil vermehrt sich dasſelbe, und der Kranke wird von Tag zu Tag elender, er iſt nicht mehr im Stande aufrecht zu ſitzen, die Athemnoth wird gröſser, und er muſs, um ſich etwas Erleichterung zu verſchaffen, dauernd auf der kranken Seite liegen. Wenn nun auch primäre Pleuritiden nicht ſo häufig in die eitrige Form übergehen, ſo geſchieht das aber um ſo häufiger bei den ſecundären Formen, bei ſolchen alſo, welche nach einer ſchweren Infectionskrankheit: Typhus, Pneumonie u. ſ. w. entſtehen.[1]) In den letzten Jahren nun ſind viele therapeutiſche Mittheilungen in allen Zeitſchriften über die Behandlung des eitrigen pleuritiſchen Exſudates, des Empyems, gemacht worden, und haben die einen die Behandlung derſelben mittelſt der Punction, die andern mittelſt der Operation durch Eröffnung der Bruſthöhle mit Schnitt nebſt Ausſpülung des kranken Thorax mit einer antiſeptiſchen Flüſſigkeit unter antiſeptiſchen Cautelen empfohlen. Letzteres Verfahren hat bis jetzt die meiſten Anhänger gefunden, beſonders da hervorragende Männer wie König[2]), Wagner[3]) und andere ſie ſehr befürworteten. Es ſind daher therapeutiſche Mittheilungen in der Literatur ſehr zahlreich, und es dürfte ſchwer ſein, neue Vorſchläge für die Behandlung des Empyems zu machen. Trotz des reichen

[1]) F. v. Niemeyer. Lehrbuch der ſpeciellen Pathologie und Therapie. S. 282.

[2]) Berliner kliniſche Wochenſchrift. Jahrgang 1878, Nr. 25 und 43.

[3]) ibidem Jahrgang 1840. Nr. 36.

Materials auf dieſem Gebiete iſt aber doch jede neue Beobachtung und Mittheilung auf demſelben von Werth, denn wenn ſie auch nicht geeignet iſt, neue Geſichtspunkte für die Diagnose und Therapie des Empyems beizubringen, ſo kann ſie doch dazu dienen auch andere zu dieſem Verfahren zu ermuthigen, und daher mag die Mittheilung des folgenden Falles ſchwerer Empyemerkrankung und der dabei gemachten Beobachtung als ein Verſuch aufgefaſst werden, zu dem vorhandenen Material etwas beizutragen. Den mitgetheilten Fall habe ich in der erſten Zeit meiner ärztlichen Thätigkeit in Salzdeshelden zu beobachten Gelegenheit gehabt, und hat der glückliche Verlauf deſſelben mich ſehr befriedigt.

Marie Rode, 4 Jahre alt, Tochter eines Steinarbeiters in Salzdeshelden, kam in meine Behandlung am 2. April dieſes Jahres. Die Eltern theilten mit, daſs das Kind ſchon längere Zeit mürriſch und krank geweſen ſei und viel gehuſtet habe. Sie hätten den Huſten im Anfang für nicht bedenklich gehalten, und der Vater habe ſogar das Kind vor ungefähr vierzehn Tagen wegen ſeines mürriſchen Weſens hart beſtraft. Seit dieſer Zeit ſei das Kind aber bettlägerig geworden, ſei nicht mehr im Stande ohne ſtarke Athemnoth und heftigen Huſten aufrecht zu ſitzen, fiebere häufig ſehr ſtark und nehme immer die rechte Seitenlage ein.

Status praesens: Bleiches, ſonſt ziemlich kräftig gebautes Mädchen, klagt über Kurzathmigkeit, ſtarken Huſten beim Sichaufrichten, vielen Durſt und Appetitloſigkeit. Gesichtsfarbe blaſs; matter Blick; das Mädchen nimmt die rechte Seitenlage ein. Die Intercoſtalräume rechts ſtark vorgetrieben, bei der Athmung unbeweglich. Gerade unter der mamma iſt die Haut etwas coniſch vorgetrieben und Fluctuation deutlich zu fühlen. Der Herzſtoſs iſt auſserhalb der linken Papillarlinie deutlich zu fühlen und zu ſehen. Die musc. sterno-cleido-mastoidei scaleni und platysma ſtark geſpannt. Rechte Seite von dem Schlüſſelbein an völlig gedämpft.

Die Dämpfung reicht links über das Bruſtbein hinaus, daher auch die Herzdämpfung nach links verſchoben. Die Leberdämpfung ragt gut zwei Finger breit über den untern Rippen-

bogen hervor. Rechte Seite hinten von der spina scapulae an völlig gedämpft. Der Pectoralfremitus auf der ganzen Brusthälfte aufgehoben. Die Auscultation ergibt rechts oben Bronchialathmen, das dann weiter bis zur spina scapulae schwächer wird und von da ab ganz verschwindet. Temperatur 38,4. Puls 132. Respiration 36. Die Diagnose wurde sofort auf ein eitriges, pleuritisches Exsudat gestellt und dieselbe durch eine Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze, nachdem ich die Nadel gehörig desinficirt hatte, bestätigt. Es zeigte sich ein weislich gelber, geruchloser Eiter.

Ohne Zweifel hatte ich also ein Empyem vor mir und zwar eins von der grössten Ausdehnung. Es fragte sich nun, ob ich sofort operiren sollte, folgend dem Grundsatz: „Das Empyem ist ein Abscess und muss als solcher behandelt werden," oder ob ich nicht erst noch einen Versuch machen sollte mit der Paracentese des Thorax, indem ich mit Hülfe des Potain'schen Aspirationsapparates einen grossen Theil des eitrigen Exsudates entleerte. Beim ersteren Verfahren hätte ich eine Resection eines Theiles der Rippe machen müssen, um den grossen Abscess völlig zu entleeren, beim letzteren konnte womöglich eine Heilung erzielt werden ohne Eröffnung des Thorax. Ausserdem waren mir die günstig verlaufenen und gerade so behandelten Fälle aus der v. Ziemssen'schen Klinik noch frisch im Gedächtnisse. Ebenso ermuthigten die von Professor Baelz und dessen Assistenten Kashimura veröffentlichten Fälle, welche vermittelst des Aspirationsverfahrens Heilung erzielt hatten sogar bei sehr grossen Abscessen, auch zu dem aspiratorischen Verfahren.

Professor Baelz sagt in seiner Arbeit[1]) Folgendes: „Der an und für sich zweifellos richtige Satz: das Empyem ist ein Abscess und muss als solcher behandelt werden, ist, in dieser Allgemeinheit hingestellt, gefährlich und kann den messerfrohen Praktiker zu den beklagenswerthesten Uebereilungen führen. Freilich ist das Empyem ein Abscess, aber ein Abscess sui generis, ein Abscess der serösen Häute."

Und an einer anderen Stelle ebendaselbst: „Der Arzt

[1]) Berliner klinische Wochenschrift. Jahrgang 1880. Nr 31.

muſs ſich ſtets eine gewiſſe Reſerve auferlegen, wenn er vor einem nicht jauchigen Empyem, namentlich dem eines Kindes, ſteht, und er ſoll ſich wohl beſinnen, ehe er der unwillkürlichen Bewegung der Hand, zum Meſſer zu greifen, nachgiebt. (Davon, daſs eine gewiſſe Uebung zur erfolgreichen Antiſepſis gehört, will ich weiter gar nicht reden.) Einer etwaigen indicatio vitalis genügt die Punction allemal, und die weitere Beobachtung mag denn über weitere nothwendige Maſsregeln entſcheiden."

Dieſes Alles erwägend und bedenkend ſchlug ich den Eltern die Punction vor, erklärte ihnen aber ſogleich, wenn die Ausſaugung des Eiters nichts nützen würde, wäre ich gezwungen bei etwaiger Wiederanſammlung desſelben die Eröffnung des Thorax mittelſt des Meſſers zu machen. Die Eltern gaben erſt nach einigem Zögern zu dem angegebenen Verfahren ihre Zuſtimmung, wie denn die Furcht vor allen Operationen, ſeien es kleine oder groſse, auf dem Lande eine ziemlich bedeutende iſt. Die Auffaugung des Empyems wurde, da ich den Potain'ſchen Apparat nicht gleich zur Hand hatte, auf den folgenden Tag feſtgeſetzt, alſo auf den 3. April.

Die Stelle wo ich punctirte, wurde gehörig mit Seife, Bürſte und Aether gereinigt und dann mit Carbolwaſſer abgewaſchen. Die Kanüle nebſt Troicart hatte die Nacht hindurch in $2^1/_2$% Carbolwasser gelegen. Bei der nun folgenden Punction entleerten sich etwa 1250 Ccm. Eiter. Das Kind athmete alsbald nach der Operation leichter und wurde ruhiger.

Abends, als ich Patientin nochmals beſuchte, war die Temperatur heruntergegangen auf 37,8; Puls 110. Rechts oben am Schlüſſelbein ein ſonorer Lungenſchall, ein Zeichen, daſs die Lunge anfing, ſich wieder auszudehnen. Von der zweiten Rippe an war tympanitiſcher Schall, dann Dämpfung. Das Kind war den Tag über ziemlich wohl und munter geweſen und hatte auch etwas gegeſſen.

4. April. Abends. Lungenſchall bis zur dritten Rippe, dann Dämpfung. Die Lunge hatte ſich alſo wieder weiter ausgedehnt. Herzſpitze etwas mehr nach rechts verſchoben. Die Auscultation ergiebt oben noch reichliches Raſſeln. Temperatur 37,7. Puls 108. Das Befinden des Kindes war den Tag über ein leidliches geweſen.

5. April. Abends. Die Percuſſion giebt daſſelbe Reſultat wie geſtern. Reſorption hatte alſo von der Pleura her nicht ſtattgefunden. Temperatur 38,2. Puls 124. Auscultation wie geſtern. Das Kind war den Tag über ziemlich unruhig geweſen.

Die Zunahme der Temperatur, ſowie die Nichtabnahme des Exſudates machten mich beſorgt, daſs ſich das Exſudat nicht auffaugen würde. Dieſe meine Beſorgniſs verhehlte ich den Eltern nicht.

Am 6. April war eingetreten, was ich befürchtet hatte. Das Exſudat hatte ſich vermehrt. Nur an der clavicula war noch Lungenſchall, von da ab Dämpfung. Herzſpitze wieder über die Mammillarlinie hinaus nach links verſchoben. Temperatur 38,4; Puls 136; Reſpiration 36. Das Kind hatte den Tag über viel geweint und auch keine Nahrung zu ſich genommen.

In Folge dieſes miſslichen Befundes nun erklärte ich den Eltern, daſs ich jetzt nur noch Heilung durch den Schnitt erzielen könnte. Nach einigem Zögern gaben ſie ſchlieſslich ihre Einwilligung zur Operation. Dieſelbe ſetzte ich auf den folgenden Tag feſt, alſo auf den 7. April. Verordnung bis dahin: Gründliche Reinigung des Kindes und Ueberſchläge von $2^1/_2\%$ Carbolwaſſer über die rechte Bruſthälfte.

7. April. Tag der Operation. Die Operation verlief ganz günſtig. Die Chloroformnarcoſe war gut. Der Schnitt wurde in der Axillarlinie auf die fünfte Rippe gemacht in einer Länge von 4 Ctm., die Rippe vom Perioſt entblöſst, und es gelang, die Rippe ohne Zerreiſsung des Pleuragewebes zu reſeciren. Alsdann wurde die Pleura eröffnet und der Eiter nach und nach abgelaſſen. Da ſich der Eiter beim Einſtich im Strahl entleerte, ſo ſuchte ich die zu raſche Entleerung deſſelben durch einen aufgelegten Carbolſchwamm zu verzögern, um keine Hämorrhagieen aus den ſo plötzlich vom Druck befreiten Blutgefäſsen zu haben. Das Alles geſchah natürlich unter Spray. Jedoch benützte ich zu dem Spray keine Carbolſäurelöſung ſondern eine $^1/_3\%$ Löſung Salicylwaſſer, da Kinder bekanntlich gegen die Carbolſäure wenig widerſtandsfähig ſind, und man durch die Salicylſäure in dieſer Form angewandt

keine Intoxication zu befürchten hat. Ebenſo wurde die Pleurahöhle mit 1/3% Salicylwaſſer ſo lange ausgeſpült, bis kein Eiter ſich mehr zeigte. Eine vollſtändige Entleerung des Eiters aus den unterhalb der 5. Rippe gelegenen Theilen gelang ſehr gut nach dem in der Göttinger Klinik geübten Verfahren:

Man hebt nämlich das Kind an den Beinen etwas in die Höhe und treibt auf dieſe Weiſe den Eiter nach der Schnittöffnung. Alsdann wurde, als das Salycilwaſſer klar abfloſs, ein ziemlich dickes Drainagerohr eingelegt und der Lifter'ſche Verband angelegt. Das Kind war unterdeſſen aus der Chloroformnarcoſe erwacht. Erbrechen nach derſelben fand nicht ſtatt. Es wurde auf die rechte Seite gelagert, um ſo dem noch etwa nachrückenden Eiter einen bequemen Abfluſs zu verſchaffen. Nach der Operation lieſs ich dem Kinde, das ſtark anämiſch war, von Zeit zu Zeit einige Theelöffel voll Tokayer Weines reichen, um einem etwa eintretenden Collapszuſtande vorzubeugen. Es war bei der Operation, die ungefähr 3/4 Stunde in Anſpruch nahm, da mit der Ausſpülung des Pleuraraumes viel Zeit verloren ging, gegen 1 1/2 Liter Eiter, der übrigens ganz geruchlos war, entleert worden, gewiſs für einen kindlichen Thorax eine recht beträchtliche Menge.

7. April. Abends: Befinden des Kindes gut. Temperatur 37, 6. Patientin hatte nach meiner Entfernung ungefähr zwei Stunden geſchlafen. Huſten war den Tag über wenig geweſen; keine Klagen über Schmerzen waren laut geworden. Diät: Milch, Kalbfleiſchbouillon und zeitweilig verdünnten Tokayer-Wein.

8. April: Erneuerung des Verbandes. Der Eiter vollſtändig geruchlos. Das Allgemeinbefinden gut. Temperatur nicht erhöht. Pat. nimmt mit Behagen die ihr dargebotenen Speiſen und Getränke.

9. April. Temperatur 37,6. Puls 80. Befinden und Appetit gut. Verband erneuert.

10. April. Erneuerung des Verbandes. Die Lunge hat ſich bis zur 6. Rippe wieder ausgedehnt. Die Wunde sondert einen mäſsig gelben geruchloſen Eiter ab. Die Wunde ſelbſt ohne irgend welche Reaction. Befinden ausgezeichnet.

11. April. Verband nicht durchnäfst. Temperatur 37,4. Puls 80. Allgemeinbefinden gut.

12. April. Erneuerung des Verbandes. Das Secret der Wunde ift mäfsig. Von jetzt ab wurde der Verband erft jeden 4. Tag erneuert. Bis zum 20. April hatte fich die Lunge vollftändig wieder ausgedehnt. Der Huften war faft ganz verfchwunden. Die Percuffion ergab auf den oberen Partieen fonoren Lungenfchall; auscultatorifch waren keine Reibe- und Rafselgeräufche mehr zu hören. Die untere Lungenpartie war noch mäfsig gedämpft; auch hörte man noch einzelne pleuritische Reibegeräusche. Aus der Schnittöffnung fondert fich noch ein mäfsiger, geruchlofer Eiter ab. Weglafsung des Drainagerohres. Das Körpergewicht der Pat. befserte fich von Tag zu Tag und das Ausfehen wurde immer blühender und frifcher. Nach acht Tagen war die Wunde bis auf eine kleine Oeffnung, aus der fich auf Druck noch ein wenig Secret entleerte, gefchloffen. Bei der Percuffion war auf der ganzen Thoraxhälfte fonorer Lungenfchall. Bei der Auscultation war nur veficuläres Athmen zu hören und nur an dem untern Lungenrand in der Nähe der Wunde waren noch einzelne Reibegeräufche bemerkbar. Bei Wiederabnahme des Verbandes am 5. Mai hatte die Wunde fich vollftändig gefchloffen. Ueberall war Veficulärathmen zu hören, von Reibegeräufchen keine Spur mehr. Der Thorax nirgends eingefunken, auch da nicht, wo das kleine refecirte Rippenftück fehlte. Das Ausfehen des Kindes war blühend. Es konnte alfo als vollftändig geheilt aus der Behandlung entlaffen werden.

Werfen wir nun einen Rückblick auf unfern Fall, fo fehen wir, dafs wir durch die Punktion des Empyems zwar einen grofsen Theil des eitrigen Inhaltes entleeren konnten, aber keine dauernde Heilung erzielten. Schon nach zwei Tagen war das eitrige Exfudat wieder bis zu feiner vorigen Höhe angeftiegen, mit feinen Begleiterfcheinungen, mit Fieber, Dyspnoe u. f. w.

Der Erfolg war alfo nur ein vorübergehender. Wir fehen uns alfo gezwungen, zum Meffer unfere Zuflucht zu nehmen und durch einen ausgiebigen Schnitt nebft Refektion eines

Rippentheiles vollftändige Entleerung des Eiters und dadurch auch, da dem Eiter ein freier Abflufs gebahnt war, in verhältnifsmäfsig kurzer Zeit Heilung herbeizuführen. Es fpricht alfo auch unfer Fall fehr für die Behandlung des Empyems durch die Schnittoperation. Die Punktion ift zwar leichter auszuführen, jedoch ift bei Beobachtung der gewöhnlichen Verhaltungsmafsregeln und unter genauer Beobachtung der Antifeptik das Verfahren der Schnittoperation nicht viel fchwieriger und auch nicht gefahrvoller. Denn vor allen Dingen kommt es darauf an, dafs man den Eiter fo vollftändig als möglich entleert, und das gelingt durch die Punktion gar nicht. Denn wenn man auch durch Zuftrömenlaffen antifeptifcher Flüfsigkeit den Eiter foviel als möglich zu verdünnen fucht, fo wird man ihn doch in den feltenften Fällen vollftändig entleeren können, da aus den tiefer gelegenen Sinnesräumen der Eiter fehr fchwer austritt.

Wir konnten das auch ganz gut bei unferm Fall beobachten. Denn trotzdem ich die Pleurahöhle mit Salicylwaffer fehr genau ausfpülte, dafs die Flüffigkeit klar abzufliefsen fchien, fo fickerte doch gleich hinterher wieder Eiter nach, und es gelang mir nur dadurch denfelben vollftändig zu entleeren, dafs ich das Kind an den Beinen in die Höhe hob und fo den Eiter nach der Ausgangsöffnung trieb.

Auch Lichtheim[1]) verwirft die Punktion. Er fagt: „Die Punktion unter Luftabfchlufs erfüllt infofern unfere Abfichten nicht, als es niemals gelingt durch fie den Eiter auch nur annähernd zu entleeren und das ift die Aufgabe, die wir uns durchaus ftellen müffen. Einen wie geringen Theil der gefammten Flüfsigkeitsmenge die Punktion mit Luftabfchlufs entfernt, fieht man, wenn man unmittelbar auf fie die Schnittoperation folgen läfst.“ In gleicher Weife kam Wagner[2]) mit der antifeptifchen Punktion nicht zum Ziele. Derfelbe punktirte und fpalte fünfmal die Pleurahöhle aus, aber ftets sammelte fich das Exfudat wieder an, fo dafs er fchliefslich

[1]) Volkmann. Sammlung klinifcher Vorträge Nr. 43. Ueber die operative Behandlung pleuritifcher Exsudate von L. Lichtheim.

[2]) l. c.

doch zur Operation mit dem Meſſer ſchreiten muſste. Nicht beſſer erging es ihm bei einem vierjährigen Kinde. Jedoch machte er hierbei nur einmal die Punktion. Als dann in einigen Tagen das Exſudat wieder ſo groſs geworden war wie vorher, machte er gleich die Schnittoperation und erzielte dadurch in 3 Wochen Heilung. Auch Goeschel in Nürnberg [1]) erzielte in mehreren Fällen Heilung durch die Schnittoperation und ſogar, ohne daſs er dieſelben antiſeptiſch behandelte. In gleicher Weiſe brachten Baum, König[2]) ihren Patienten Heilung durch die Operation. Mügge[3]) erwähnt in ſeinen Mittheilungen aus der Göttinger chirurgiſchen Klinik ebenfalls dreier Fälle, wo nach erfolgloſer Punktion die Operation durch den Schnitt gemacht werden muſste. Bei dem erſten Fall machte Prof. Rosenbach zuerſt, da Lebensgefahr vorhanden war, und der Patient ſich noch auſserhalb des Spitals befand, die Punction und entleerte 1900 Ccm. Eiter. Zwei Tage war das Befinden des Patienten ziemlich gut, dann nahm die Dämpfung immer mehr und mehr zu. Als die Cyanose wieder hochgradig geworden war, wurde der Patient ins Spital aufgenommen und die Operation vollführt. Es wurde der Thorax eröffnet durch Reſection der 8. Rippe etwas nach hinten von der Axillarlinie. Es floſſen 1300 Ccm. wenig riechenden Eiters ab. Nachdem auch hier durch Erheben der Beine möglichſt der letzte Reſt zum Abfluſs gebracht war, wurde ein dicker Drain eingeführt und ein Lister'ſcher Verband angelegt. Patient ging aber ſpäter an Thromboſe der ven. jug. ſiniſtr. et axillar. zu Grunde.

Beim zweiten Falle war ſchon vorher 3 mal die Punction gemacht worden, ohne daſs es zur Heilung gekommen wäre. Bei dem ſchon ſtark heruntergekommenen Patienten wurde die Reſection der 6. Rippe in der Axillarlinie mit nachfolgender Eröffnung der Pleurahöhle gemacht. Es entleerten ſich ungefähr 2000 Ccm. geruchloſen Eiters. Nach möglichſt vollſtändiger Entleerung durch Erheben der unteren Körperhälfte

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, Jahrgang 1880. Nr. 36.

[2]) l. c.

[3]) Berliner klinische Wochenschrift, Jahrgang 1881. Nr. 11 und 12.

wurde mit Salicylwaſſer ausgeſpült, drainirt und ein Liſter'scher Verband angelegt. Pat. wurde auf die linke Seite gelagert, um möglichſt günſtige Ausflussbedingungen zu ſchaffen; dieſelben wurden täglich durch Hochheben des Beckens vermehrt. Der Verlauf war ein dauernd günſtiger, und Pat. reiſte mit blühendem Ausſehen ab.

Der dritte Fall betrifft eine Patientin, bei welcher das Empyem von ſelbſt zum Durchbruch gekommen war. Die Natur hatte alſo ſelbſt eine Punction vorgenommen ohne aber, daſs es zur Heilung gekommen wäre, denn aus drei Fiſteln entleerte ſich mühſam Eiter und Pat. erholte ſich nicht. Es wurde daher auch hier die Schnittoperation durch Reſection der 5. Rippe in der Axillarlinie links gemacht und 600 Ccm. eines etwas ſtinkenden Eiters entleert. Der Thorax wurde dann mit Salicylwaſſer mit Chlorzinklöſung ausgeſpült und desinficirt. Die Desinfection muſste öfters wiederholt werden, da der Eiter ſich zerſetzte, und als dieser geruchlos geworden war, erholte ſich Pat. ſehr raſch und konnte bald als geheilt entlaſſen werden.

Sodann muſste auch Hüpeden[1]) bei einem vierjährigen Knaben, um ein eitriges pleuritiſches Exſudat zur Heilung zu bringen, die Reſection eines Rippenſtückes machen, welche auch bald zur Heilung führte.

In den Verhandlungen der Berliner medizin. Geſellſchaft vom 19. Januar 1881[2]) ſprechen ſich die meiſten Redner, ſo unter Anderen Guttmann, Baginsky, Settegast für die Behandlung des Empyems mittelſt der Schnittoperation aus, wenn auch, wie Lichtheim, ohne Reſection eines Rippenſtückes. Namentlich genügte der einfache Bruſtſchnitt mit Einführung eines gröſseren Drainrohres bei Kindern. Die beſten Resultalte wurden erzielt, wenn ſtreng nach Lister verfahren wurde. Doch wird man in vielen Fällen gezwungen ſein, die Reſection zu machen, beſonders wenn es ſich um Exſudate handelt, bei denen der Eiter ſich ſchon zerſetzt hat und ſtinkend geworden iſt. Man muſs dann ja häufiger die Bruſt-

[1]) Bericht der Hannover'schen Kinderheilanstalt im Jahre 1881.

[2]) Berliner klinische Wochenschrift Nr. 19. und 20. Jahrgang 1881.

höhle aſeptisch ausſpülen, und es eignet ſich dafür eine grössere Oeffnung beſſer.

Ich ſelbſt habe während dieſer Zeit noch einmal Gelegenheit gehabt, die Empyemoperation zu machen. Es betraf dieſelbe ein 5 jähriges Mädchen, Namens Johanne Müller aus Rittierode. Dieſelbe war im Anfang Mai am heftigen Huſten erkrankt. Die Eltern des Kindes hatten im Anfang die Krankheit weniger beachtet, da zu derſelben Zeit viele Kinder an Keuchhuſten litten. Als jedoch heftige Durchfälle und Fiebererſcheinungen die Kräfte des Kindes zu conſumiren drohten, ſchickten dieſelben zu mir. Ich conſtatirte einen groſsen linksſeitigen Pleuraerguſs. Die Dämpfung verbreitete ſich über die ganze Thoraxhälfte. Athmungsgeräusch war faſt ganz verſchwunden. Puls 140; Reſpiration 38; Temperatur 38,7. Das Kind war sehr anämiſch und abgemagert. Die Probepunction mit der Prevaz'schen Spritze ergab einen gelblich-weiſsen Eiter.

Ich machte am 27. Mai die Schnittoperation, indem ich die Bruſthöhle in der Arillarlinie links zwiſchen der 6. und 7. Rippe eröffnete. Die Oeffnung machte ich 4 ctm. lang. Es entleerte ſich ein gelblicher, geruchloſer Eiter, ungefähr 1100 Ccm. Dann wurde die Pleurahöhle wiederholt mit $^1/_3$% Salicylwaſſerlöſung ausgeſpült, der Eiter möglichſt durch Erheben an den Beinen ausgeleert, ein dickes Drainrohr eingeführt, der Liſter'sche Verband angelegt und Pat. auf die linke Seite gelagert, um dem Eiter einen bequemen Abfluſs zu verſchaffen. In der erſten Zeit wurde der Verband täglich erneuert, da das Secret ein sehr reichliches war. Später konnte er längere Zeit liegen bleiben. Das Fieber und die Durchfälle waren ſeit der Operation ganz verſchwunden. Der Appetit kehrte zurück, und die Heilung war ohne jeden Zwiſchenfall nach 6 Wochen vollendet.

Dieſe Operation verlief also auch mit dem günſtigſten Erfolge, und auch hier beſtätigte ſich wieder der Satz: „das Empyem iſt ein Abſceſs und muſs als ſolcher behandelt werden.“ Darum ſtimmen auch wir den Ausführungen Lichtheims und Anderer bei, daſs die Schnittoperation, wenn anders

dieſelbe unter antiſeptiſchen Cautelen ſorgfältig ausgeführt wird, die denkbar unſchuldigſte Operation, nicht gefährlicher als die Punction iſt und die günſtigſten Reſultate liefert. Der Erfolg der Schnittoperation übertrifft aber den der Punction, da ſich bei letzterer der Erguſs häufig wieder anſammelt, und man zuletzt doch gezwungen iſt, die erſtere Operation zu machen. Die Schnittoperation liefert aber jedes Mal, da hier das Secret fortwährend abfließen kann, raſche Heilung.

Zum Schluſse erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Generalſtabsarzt Prof. Dr. Ritter von Nussbaum, der gütigſt das Referat über diese Arbeit übernommen hat, an dieſer Stelle meinen tiefgefühlteſten Dank auszuſprechen.